

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1899

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 13 décembre 1899, à 1 heure.

Par H. MÉZANGEAU

Né à Précigné (Sarthe) le 6 septembre 1873.

Ex-interne des hospices du Mans

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

HERNIES DE L'APPENDICE ILÉO-CŒCAL

Président : M. TILLAUX, professeur.

Juges } MM. KIRMISSON, professeur.
LEJARS et BROCA (Aug.), agrégés.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les différentes parties de l'enseignement médical.

PARIS

JOUVE ET BOYER

IMPRIMEURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, rue Racine, 15

1899

101

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1899

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 13 décembre 1899, à 1 heure.

Par H. MÉZANGEAU

Né à Précigné (Sarthe) le 6 septembre 1873.

Ex-interne des hospices du Mans

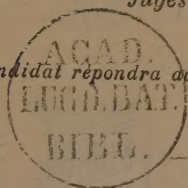
CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES

HERNIES DE L'APPENDICE
ILÉO-CŒCAL

Président : M. TILLAUX, professeur.

Juges } MM. KIRMISSON, professeur.
LEJARS et BROCA (Aug.), agrégés.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.



PARIS
JOUVE ET BOYER

IMPRIMEURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, rue Racine, 15

1899

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. BROUARDEL
Professeurs	MM.
Anatomie.	FARABEUF.
Physiologie	CH. RICHET.
Physique médicale.	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.	BOUCHARD.
Pathologie médicale.	DEBOVE.
Pathologie chirurgicale.	HUTINEL.
Anatomie pathologique.	LANNELONGUE
Histologie.	CORNIL.
Opérations et appareils	MATHIAS DUVAL
Matière médicale et pharmacologie.	TERRIER.
Thérapeutique	POUCHET.
Hygiène	LANDOUZY.
Médecine légale.	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	BROUARDEL.
Pathologie expérimentale et comparée	N.....
	CHANTENESSE.
Clinique médicale.	POTAIN.
	JACCOUD.
	HAYEM.
	DIEULAFOY.
	GRANCHER.
Maladie des enfants.	JOFFROY.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.	FOURNIER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	RAYMOND.
Clinique des maladies du système nerveux.	BERGER.
Clinique chirurgicale.	DUPLAY.
	LE DENTU.
	TILLAUX.
Clinique ophtalmologique.	PANAS.
Clinique des maladies des voies urinaires.	GUYON.
Clinique, d'accouchements.	BUDIN.
	PINARD.

Agrévés en exercice.

MM.			
ACHARD.	DESGREZ	LEJARS	THIROLOIX
ALBARRAN.	DUPRÉ	LEPAGE	THOINOT
ANDRÉ	FAURE	MARFAN	VAQUEZ
BONNAIRE	GAUCHER	MAUCLAIRE	VARNIER
BROCA (AUG.)	GILLES DE LA	MENETRIER	WALLICH
BROCA (ANDRÉ).	TOURETTE	MERY	WALTHER
CHARRIN	HARTMANN	ROGER	WIDAL
CHASSEVANT	LANGLOIS	SEBILEAU	WURTZ
DELBET	LAUNOIS	TEISSIER	
	LEGUEU	THIERY	

Chef des Travaux anatomiques : M. RIEFFEL

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

*Faible témoignage de mon affectueuse
reconnaissance.*

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR TILLAUX

Professeur de clinique à la Charité.
Membre de l'Académie de Médecine.
Commandeur de la Légion d'honneur, etc.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
HERNIES DE L'APPENDICE ILÉO-CÆCAL

Alors que nous étions interne à l'hôpital du Mans, nous avons eu l'occasion d'observer et de suivre un cas très intéressant de hernie de l'appendice iléo-cæcal.

Après avoir entrepris, à l'occasion de ce fait, des recherches bibliographiques assez nombreuses, l'idée nous est venue de prendre cette observation comme point de départ de notre thèse inaugurale. L'étude générale des hernies de l'appendice iléo-cæcal, a été, dans ces dernières années, l'objet de travaux importants ; aussi, nous bornerons-nous à envisager un côté de la question, sur lequel, croyons-nous, aucun travail d'ensemble n'a encore été publié ; nous voulons parler de la question du diagnostic.

Nous avons pu réunir quelques cas dans lesquels la hernie de l'appendice a été reconnue avant l'intervention, mais ces cas sont très rares, et presque toujours dans les observations publiées, il s'agit de surprises opératoires ou de découvertes d'autopsie.

Est-il possible d'arriver à un meilleur résultat ? Evidem-

ment oui, quoique dans bon nombre de cas, le diagnostic paraisse à l'heure actuelle impossible.

Aussi, avons-nous cru utile d'attirer l'attention sur cette question encore peu connue, en résumant les connaissances acquises jusqu'à ce jour.

Avant d'aborder notre sujet nous sommes heureux de pouvoir exprimer notre reconnaissance à nos maîtres dans les hôpitaux de Lille et de Paris, à la science et au dévouement desquels nous rendons pleinement hommage.

Nous n'aurons garde d'oublier les médecins et chirurgiens de l'hôpital du Mans : MM. Méliçon, Le Bail, Rocher, Drouin, Hervé et Goutard, qui ont bien voulu s'intéresser à nous, durant les deux années de notre internat, et auxquels nous sommes redevables d'une grande partie de ce que nous savons.

Nous avons eu l'honneur d'être successivement l'interne de M. le Dr Le Bail et de M. le Dr Rocher, et nous tenons à leur exprimer toute notre reconnaissance pour l'intérêt qu'ils nous ont toujours témoigné, et l'obligeance avec laquelle ils ont mis à notre disposition les connaissances acquises au cours d'une carrière médicale longue et bien remplie.

Que M. le professeur Tillaux veuille bien recevoir l'hommage de notre reconnaissance, pour l'honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de notre thèse.

Cas où le diagnostic de hernie appendiculaire a été porté sur le vivant.

Ces cas sont peu nombreux, et nous n'avons pu en réunir que quatre. Les voici par ordre chronologique.

OBSERVATION I

Verdier. *Traité des Hernies* (1840). Cité par Le Roy des Barres (Th. Paris. 1841 p. 24).

Ernest, âgé de sept ans, très nerveux, ayant peu d'embon-point, avait, depuis l'âge de trois mois, du côté droit, une tumeur qui ne le gênait que par son volume ; c'est ce qui déterminait ses parents à me consulter. L'examen de cet enfant me fit reconnaître, à l'anneau inguinal droit, un corps dur, d'à peu près 3 à 4 cent. d'étendue, ayant assez la forme d'un doigt de la main, et se prolongeant dans le scrotum. Après avoir fait plusieurs applications émollientes, afin de donner de la souplesse à la tumeur j'essayai le taxis pour la réduire. Elle rentra facilement du scrotum à l'anneau inguinal, mais non dans l'abdomen. Elle soulevait les téguments de manière à produire un relief appréciable, dans la direction du canal sus-pubien. Aussitôt que l'on cessait de comprimer cette tumeur, elle redescendait d'elle-même, quoique le petit malade

fût couché. Cette disposition me fit présumer que la tumeur de cet enfant n'était qu'une hernie qui devait sa formation à l'appendice cœcal.

Dans cette supposition, je plaçai un bandage sur la tumeur et en dehors de l'anneau inguinal, ayant soin, seulement, d'isoler le testicule en le portant de haut en bas, et au-dessous de la pelote du bandage.

Après 4 à 5 mois de compression ainsi exercée, la tumeur se trouva avoir perdu à peu près les trois-quarts de son volume. L'anneau inguinal était revenu sur lui-même, de façon à ne pas faire craindre une nouvelle augmentation de la hernie. Le bandage dont il vient d'être parlé fut porté trois ans ; à cette époque, il n'existait plus d'autre trace de la hernie qu'un léger épaissement de la partie supérieure du cordon testiculaire. L'anneau inguinal droit, offrait autant de résistance à son orifice externe, que celui de l'autre côté.

OBSERVATION II

Sur un cas de hernie inguino-scrotale double avec fistule appendiculaire droite chez un enfant de 28 mois, par le D^r Veslin (d'Evreux). Comptes-rendus de la Société de chirurgie, 23 décembre 1896.

Un enfant de 28 mois est abandonné par ses parents, à l'hôpital d'Evreux. On n'a malheureusement aucun renseignement sur ses antécédents. Cet enfant est porteur d'une double hernie inguino-scrotale, donnant à ses bourses, le volume d'un très gros poing d'adulte. La bourse droite est plus grosse que la gauche, et l'on remarque, à sa partie supérieure, une légère dépression, occupée par un orifice rougeâtre, induré, d'où

s'échappe un liquide sanieux. La hernie gauche est réductible la droite ne l'est que partiellement.

L'intestin rentré, on sent nettement partir du point rouge un cordon du calibre d'une plume d'oie se continuant dans le trajet herniaire. Le catéthérisme de ce trajet ne peut être fait, même avec un fin stylet.

Le Dr Veslin porte très-justement le diagnostic de hernie du cœcum, rendue irréductible par une adhérence de l'appendice, due probablement à une appendicite, ayant évolué dans le scrotum.

L'opération confirma le diagnostic, et l'enfant guérit.

OBSERVATION III

M. Reynier. In thèse Segelman (Paris, 1897-98).

Fernand H..., 37 ans, hernie inguinale droite, remontant à l'âge de 14 ans. Entre à l'hôpital Tenon au mois d'octobre 1893, pour y subir la cure radicale.

A l'examen, on trouve une tumeur de la grosseur du poing, réductible, mais très difficile à maintenir. On constate en outre, un cordon dur et épais, ayant la forme grossie, de l'appendice iléo-cœcal, mobile dans la hernie. L'opération montra que la hernie contenait le cœcum et attenait au cœcum, l'appendice libre, mais très augmenté de volume, ayant au moins trois fois sa grosseur normale. Guérison.

OBSERVATION IV

M. Reynier. Obs. VI de la thèse de Segelman, recueillie par
M. Isch-Wall.

X..., 29 ans, entre à l'hôpital Tenon, au mois d'avril 1894, pour y subir une cure radicale de hernie inguinale droite, remontant à l'âge de 20 ans. L'examen permet de constater une tumeur de la grosseur de l'index, mobile, ballottante, et réductible ; la présence du canal déférent, facile à reconnaître parmi les éléments du cordon, évite toute confusion.

L'opération est faite le 19 avril ; l'ouverture du sac fait reconnaître une hernie de l'appendice cœcal, celui-ci n'a pas contracté d'adhérences et il serait facile de le réduire. Le volume considérable constaté à la palpation, était dû à une infiltration graisseuse de l'appendice et de son méso.

Ablation de l'appendice ; cure radicale. Guérison.

De l'étude de ces quatre observations très dissimilaires, il est assez difficile de tirer des conclusions. Nous laissons de côté la première, surtout intéressante au point de vue historique mais qui ne présente pas toute garantie de certitude. Des trois cas restants, un seul fait se dégage clairement, c'est la facilité avec laquelle le diagnostic a été porté. Les auteurs se sont bornés à rapporter les observations sans les accompagner d'aucun commentaire, et il est de fait que, en présence de cas analogues, le chirurgien ne doit guère se trouver embarrassé. Mais ce sont là de bien grandes exceptions, si l'on en juge par le petit nombre de cas publiés.

Remarquons que tous ces faits concernent des hommes, circonstance qui facilite encore le diagnostic, car nous verrons que chez la femme la hernie de la trompe peut donner lieu aux mêmes symptômes.

Nous allons maintenant nous occuper des cas dans lesquels le diagnostic a été porté seulement au cours de l'opération ou à l'autopsie, et nous chercherons s'il est possible de dégager, de l'analyse des observations publiées, quelques symptômes caractéristiques.

La plupart des auteurs qui se sont occupés de cette question, ont conclu négativement. Nous citerons seulement Bard (thèse de Lyon, 1893-1894), et Brieger, dans son remarquable article, paru en 1893 dans les *Archives für. Klin. Chir.*, et contenant la relation de 24 cas de hernies appendiculaires, toutes opérées.

Nous croyons cette affirmation trop absolue. Certes dans bon nombre de circonstances l'erreur restera inévitable, mais, parfois aussi, il sera possible de soupçonner la présence de l'appendice dans le sac herniaire.

Nous ne traiterons pas l'histoire, très bien fait dans les thèses de Rivet, Sauvage, Briançon et Segelman, ni l'anatomie et la physiologie de l'appendice, bien connues depuis les travaux de MM. Tuffier et Clado.

Après quelques généralités, nous entrerons de suite, dans l'étude des symptômes et du diagnostic des hernies appendiculaires.

GÉNÉRALITÉS

Il est impossible de déterminer la fréquence des hernies de l'appendice iléo-cæcal. Si cet organe est normal, réductible et constitue seul la tumeur, celle-ci passera facilement inaperçue, en l'absence de toute complication.

On en trouve dans la littérature médicale, quelques rares exemples. Morgagni rapporte que chez un homme de 30 ans, il constata la présence de l'appendice vermiciforme normal, dans une hernie inguinale droite, et, dans l'observation LI, de Mérigot de Treigny (thèse de Paris, 1886-1887) nous trouvons un cas analogue dû à Fleischmann :

« Enfant de deux jours, portant une hernie inguinale droite congénitale, formée par l'appendice seul, remplissant complètement le sac, non adhérent ». Ce sont là des faits exceptionnels qui deviendront, peut-être, plus fréquents, à mesure que se généralisera la cure radicale des hernies, en dehors de tout accident.

En règle générale, sous l'influence de causes multiples, des adhérences surviennent : tantôt c'est une hernie, abandonnée à elle-même, et qui se trouve exposée à tous les traumatismes ; tantôt, c'est le frottement continu des vêtements qui provoque une irritation et une inflammation subaiguës, sans réaction générale, favorisées encore par

la situation déclive de l'appendice, l'évacuation plus difficile des sécrétions, etc... ; ou bien c'est un bandage mal appliqué qui détermine cette complication.

Ces adhérences, enfin, peuvent dater de la vie intra-utérine ; l'appendice iléo-cæcal, en contiguité avec le testicule ou l'ovaire, est alors entraîné, par ces organes dans leur migration, et apparaît dans les hernies congénitales, soit dès les premiers mois de l'existence, soit beaucoup plus tardivement. Tel est le cas de Scæmmering cité par Merling (thèse d'Heidelberg, 1826).

« Sur un nouveau-né, l'appendice vermiciforme est seul contenu dans un sac herniaire et adhère au testicule », et celui de Swencke (Merling, *loco citato*) : Dans une opération d'entéro-épiplocèle, chez un homme de 20 ans, on constata que le sac ne contenait que l'appendice, adhérent au testicule, et, simulant, par suite de cette adhérence, un varicocèle.

L'inflammation, sous forme d'appendicite herniaire, constitue une complication moins fréquente que la simple adhérence, mais autrement redoutable. Elle reconnaît les mêmes causes que l'inflammation de l'appendice normalement situé, mais l'immobilisation par adhérences anciennes, la compression, les coudures au niveau des anneaux de la hernie, la stase, non-seulement des sécrétions et des matières fécales, mais aussi des corps étrangers, les traumatismes possibles, sont autant de raisons qui expliquent la fréquence de cette grave complication.

SYMPTOMES

La hernie de l'appendice iléo-cœcal, peut se présenter sous les aspects les plus variés.

Nous ne dirons rien de la hernie appendiculaire non compliquée, les documents manquant totalement sur cette question.

Les observations publiées peuvent se ranger en un certain nombre de catégories, à chacune desquelles répond un tableau symptomatique plus ou moins riche, suivant le nombre des observations et les détails qu'elles contiennent.

Tantôt, il s'agit de malades portant depuis plus ou moins longtemps une hernie, contenue ou non par un bandage, qui viennent consulter le médecin, à l'occasion des douleurs de plus en plus vives qu'ils éprouvent au niveau de leur hernie. Plus souvent celle-ci n'occasionne qu'un peu de gêne, et c'est à la suite d'un accident aigu, que le médecin est consulté. Quelquefois, enfin, le sujet était bien portant, et c'est dans un effort brusque que la hernie est survenue, irréductible d'emblée.

Quoiqu'il en soit, on constate une tumeur dure, généralement de petit volume, presque toujours à droite, mate, irréductible, s'accompagnant de douleurs souvent inten-

ses et irradiées dans l'abdomen, de nausées sans vomissements, ni arrêt des gaz et des matières.

Suivant l'intensité et la marche des accidents on pense à une épiplocèle adhérente ou à une épiplocèle étranglée, on opère, et l'on trouve un appendice iléo-cœcal plus ou moins modifié.

D'autres fois, la tumeur était ordinairement réductible ; un jour, le malade oublie son bandage, fait un effort brusque ou violent et la hernie, une fois sortie, ne peut plus être réduite. Alors, encore, surviennent des coliques mais aussi des vomissements, très rarement fécaloïdes, des phénomènes généraux, facies grippé, pouls petit, rapide, l'arrêt absolu des matières. Règle générale, l'émission des gaz est également supprimée.

On porte le diagnostic d'entérocele étranglée, de pincement de l'intestin, on fait la kélotomie, et l'on ne trouve qu'un appendice enflammé, adhérent ou non, parfois perforé, un sac rempli de sérosité rosée, ou d'un liquide purulent.

Souvent, dans la hernie de l'appendice cœcal, des accidents de suppuration apparaissent : la hernie devient irréductible, augmente rapidement de volume, des douleurs extrêmement intenses surviennent, la fièvre apparaît ; les vomissements, l'arrêt des matières et des gaz, sont fréquents, mais ne sont pas la règle ; la tumeur d'abord dure et tendue, devient fluctuante, la peau rougit, l'état général s'aggrave et en présence de ces phénomènes anormaux on porte les diagnostics les plus divers.

La tumeur est incisée, ou bien, abandonnée, à elle-même, elle s'ouvre à l'extérieur, après avoir déterminé le

sphacèle de la peau. Il en sort des gaz, du pus, ou un liquide d'aspect et d'odeur fécaloïde, parfois aussi, un os à bords tranchants (Observation XIV. Thèse Sauvage, Paris 1893-94), une aiguille, etc., causes premières des accidents.

Si le sujet est vigoureux, non épuisé, il guérit conservant plus ou moins longtemps, une fistule stercorale ; sinon, il succombe et, à l'autopsie on ne trouve que l'appendice, plus ou moins altéré constituant seul la tumeur.

Il arrive souvent enfin que l'appendice ne fasse qu'accompagner dans la hernie, le cœcum ou des anses intestinales. Dans ces cas, encore, il n'est point à l'abri des complications.

S'il contracte des adhérences avec les parois du sac, il rend la tumeur partiellement irréductible, et le bandage peut être mal toléré, ou déterminer des accidents, comme dans un cas de Sandifort (*Icones herniæ congenitæ*, cité par Scarpa, *Traité des hernies*, p. 173) : « Enfant venu au monde avec une hernie scrotale droite à laquelle on apporta d'abord peu d'attention. Ce ne fut qu'au bout de trois mois après la naissance qu'on s'occupa d'y porter remède. Lorsqu'on crut avoir réduit complètement les viscères, on appliqua un bandage pour les contenir, en exerçant une compression sur l'anneau ; mais bientôt, tous les symptômes de l'étranglement se déclarèrent avec tant de violence, que l'enfant mourut. A l'ouverture de son corps, on vit que la hernie congénitale était formée par le cœcum et l'extrémité de l'iléon. L'appendice vermiforme adhérait en partie au testicule, cet appendice était devenu plus dur et plus compact que dans son

état naturel. Ce qui prouve que l'adhérence avait existé avant la naissance de l'enfant et conséquemment avant la descente du testicule dans le scrotum et la formation de la hernie ».

Mais ici encore, l'accident le plus redoutable est l'inflammation. L'appendicite herniaire détermine une péritonite aiguë, qui ne reste pas toujours localisée au sac, ou bien des poussées subaiguës, sans grand retentissement général, qui aboutissent à la formation de brides, d'adhérences des anses intestinales entre elles ou avec le sac, et le sujet qui, auparavant, s'apercevait à peine de sa hernie, au point parfois, de ne pas porter de bandage, est devenu un infirme, et se trouve dans la nécessité de recourir à une intervention chirurgicale.

Nous ne parlerons que pour mémoire, des cas dans lesquels, la hernie appendiculaire, tout en déterminant des accidents graves, passe inaperçue en raison de son petit volume. Merling (*loco citato*), rapporte un fait dans lequel un appendice gangréné dans le canal inguinal faisait si peu saillie que le diagnostic hernie ne fut pas porté. Le malade qui présentait des symptômes d'occlusion intestinale ne fut pas opéré et succomba.

DIAGNOSTIC

Nous avons vu combien étaient rares les cas où le diagnostic de hernie de l'appendice iléo-cœcal avait pu être porté par le chirurgien, avant l'intervention. La symptomatologie, telle que nous venons de la décrire, montre en présence de quelles difficultés on se trouve presque toujours.

La situation de la hernie a été invoquée par certains auteurs. Voici, en effet, ce que nous trouvons dans Alti (thèse de Paris, 1893-1894). « On peut dire que celui-là seul portera le diagnostic de hernie appendiculaire non étranglée, qui aura toujours l'attention attirée de ce côté en cas de hernie droite. Sans doute, il est des cas où l'appendice a été trouvé hernié à gauche, mais c'est là, on le conçoit, une occurrence tout à fait rare ». Cette dernière assertion nous paraît trop absolue. Outre le cas de Charryan (*Journal de la Société de Médecine de Nantes*, 10 mars 1837) concernant un enfant de 3 mois, porteur d'une hernie inguinale *gauche* devenue irréductible, chez lequel, à l'opération, on trouva le cœcum et l'appendice dans le sac, Hedrich a publié, en 1889, dans la *Gazette Médicale de Strasbourg*, 14 observations de hernies inguinales du cœcum à gauche. Plus récemment, enfin, M. Vautrin a communiqué à la Société de Médecine de

Nancy (24 novembre 1897) un cas dans lequel il trouva le cœcum dans la fosse iliaque gauche, et l'appendice hernié dans le canal inguinal gauche, ayant donné lieu à une appendicite herniaire qui fut opérée et guérit.

La hernie du processus vermiculaire à gauche n'est donc pas si rare qu'on l'a prétendu, et le siège de la tumeur ne constitue qu'un élément de probabilité bien minime étant donné la rareté des hernies appendiculaires.

Nous allons passer en revue les différentes affections avec lesquelles la hernie de l'appendice a été confondue en insistant sur les erreurs le plus fréquemment commises.

« Un malade porte depuis un certain temps une épiplocèle. Celle-ci était réductible ou était devenue peu à peu irréductible par suite d'épiploïtes larvées et par la formation d'adhérences. Tout à coup, la tumeur devient plus volumineuse, chaude, douloureuse à la pression et dans les mouvements. En même temps apparaissent quelques coliques, parfois mais pas toujours des nausées et des vomissements, dans un certain nombre de cas même, la constipation. » Tel est, d'après Gosselin, l'accident le plus fréquent dans l'épiplocèle. Si nous nous reportons à ce que nous avons dit de certaines formes de hernies appendiculaires, nous retrouvons ce même tableau absolument identique.

Sur quoi baser notre diagnostic ?

A l'interrogatoire, le malade nous apprendra souvent, que depuis un temps plus ou moins long, il était sujet à des crises de coliques, d'intensité et de fréquence variables que l'on ne retrouve pas dans la description classi-

que de l'épiplocèle. Ces coliques existaient à un haut degré chez le malade de notre observation V, et nous les voyons signalées aussi dans le cas de Thompson (*British Med. London*, 1882, p. 573).

A la palpation, on percevra généralement une masse de petit volume uniformément dure, plutôt que rénitente, élastique, comme l'épiplocèle qui est souvent de plus, lobulée et finement grénue.

L'orifice herniaire sera presque toujours très petit, à peine dilaté, et le pédicule de la tumeur plus douloureux et de volume moindre.

Ce sont là, il faut le reconnaître, des signes d'une appréciation bien délicate, mais qui pourront donner des résultats si le clinicien a toujours présente à l'esprit la notion de la possibilité de la hernie appendiculaire.

L'erreur a été fréquemment commise entre l'*entérocele étranglée* et les accidents si fréquents dans la hernie de l'appendice, bien que l'ensemble symptomatique de l'étranglement herniaire soit rarement complet dans l'affection que nous étudions.

La majorité des auteurs qui se sont occupés de cette question, ne partagent pas, au sujet de la pathogénie des accidents, l'opinion de Brieger qui, sur 24 cas, en cite 14 qu'il intitule étranglement de l'appendice. Ils attribuent le rôle essentiel à l'inflammation du processus vermiforme, et non à la constriction exercée par l'anneau ou le collet du sac.

Quoiqu'il en soit, la persistance de l'évacuation des gaz a été souvent signalée et présente au point de vue qui nous occupe une importance considérable. La constipa-

tion est plus fréquente, mais son absence a été notée nombre de fois. Les vomissements alimentaires sont la règle, mais ils ne deviennent jamais fécaloïdes. La fièvre est fréquente, au début, alors que l'étranglement herniaire s'accompagne plutôt d'hypothermie. Quant aux phénomènes généraux, ils diffèrent peu, et leur étude ne conduit à aucune conclusion pratique.

En résumé, il sera souvent possible de savoir que l'on n'a pas affaire à une entéroccèle étranglée ; pour l'épiploccèle nous avons vu que la différenciation était plus délicate. Bien entendu la coexistence dans le sac de l'épiploon, de l'intestin, ou des deux à la fois, rend le diagnostic beaucoup plus difficile.

Si la hernie n'est pas le siège d'accidents la présence de l'appendice demeure ignorée.

Cependant, Trèves dit avoir, sur une femme de 56 ans, très amaigrie, senti facilement le cœcum et son appendice. C est un cas unique, à notre connaissance.

Des accidents peuvent survenir, auxquels l'appendice est étranger : étranglement intestinal ou épiploïque, épiploïte suppurée, etc... On intervient et l'on trouve l'appendice, parfois resté normal, au milieu d'anses d'intestin ou de masses d'épiploon plus ou moins altérées.

Dans quelques cas, la hernie devient le siège d'une véritable appendicite ; une perforation survient, à laquelle succède une *péritonite herniaire*. Il est bien difficile, alors, de savoir à quoi s'en tenir : le début brusque de l'appendicite rappelle celui de l'étranglement ; la péritonite résultant d'une perforation intestinale ne se distingue pas de celle qui suit le sphacèle de l'appendice. Tout

plus pourra-t-on se baser sur l'apparition de la fièvre dès le début des accidents, l'existence de troubles digestifs dans les jours qui ont précédé, l'évolution plus rapide, l'œdème et la rougeur des téguments plus précoces.

L'ovaire hernié se présente généralement sous la forme d'une tumeur ovoïde, lisse régulière, d'une consistance assez ferme, presque toujours irréductible et d'un diagnostic très difficile : 22 fois sur 110 cas (Puech). Dans sa thèse d'agrégation sur les variétés rares de hernies inguinales (1883), M. Duret indique quelques signes importants mais qui ne sont pas constants : l'augmentation de volume de la tumeur au moment des règles, l'ovaire ectopié devenant le siège d'un véritable molimen menstruel ; la sensibilité à la pression rappelant celle du testicule, grâce à laquelle MM. Guinard et Dufefoy ont pu faire dans un cas le diagnostic (Thèse de Schultz, Paris. 1898-1899).

Le toucher, que l'on doit toujours pratiquer chez une femme portant une hernie, permettra parfois de trouver l'utérus dévié du côté de la hernie, et de voir si les mouvements qu'on lui imprime se transmettent au contenu de la hernie.

Le diagnostic devient bien autrement délicat si la *trompe* a pénétré dans le sac herniaire, seule ou accompagnant l'ovaire. Des accidents de salpingite peuvent éclater, et le toucher seul en ce cas, permettra de faire le diagnostic.

Même après ouverture du sac, il n'est pas toujours facile de savoir à première vue si l'on est en présence de

la trompe ou de l'appendice, mais l'hésitation ne sera pas de longue durée (cas de M. Jayle).

Nous citerons, pour terminer, l'observation suivante, communiquée par M. Pillon à la Société Médicale de Nancy, dans sa séance du 8 décembre 1897, intéressante par sa rareté :

Une enfant jouant avec ses camarades fut prise brusquement d'une douleur très vive, puis bientôt des vomissements et fut amenée à la clinique de M. Heydenreich ; M. Pillon, constatant une tumeur crurale, fit la kélotomie. Il disséqua le sac très adhérent, jusqu'à l'entrée de l'abdomen. Le ligament de Gimbernat ne jouait qu'un rôle accessoire dans la genèse des accidents, car le débridement ne permit pas la réduction. Le sac fut alors incisé, et l'on trouva une tumeur violacée grosse comme un petit œuf de pigeon, puis, à côté, le pavillon de la trompe très bien caractérisé et également très congestionné ; en haut, était quelque chose rassemblant à une anse intestinale repliée qui fut reconnu être l'appendice. M. Pillon rentra le tout, et les suites furent normales.

On a parlé d'une confusion entre le *testicule* en ectopie et la hernie appendiculaire. Nous n'insisterons pas sur ce diagnostic, l'erreur ne pouvant guère être commise. même en cas d'accidents inflammatoires intenses.

Nous avons retrouvé plusieurs fois le diagnostic *adénite* (1), dans certains cas d'appendicocèle.

Evidemment en présence d'une hernie crurale, l'er-

1. Thèse de Briançon. Paris. 1896-1897. Obs. XXVIII. *Schmidt in Munch. Med. Woch.* n° 17.

reur peut être commise, et elle a été signalée depuis longtemps pour ce qui concerne les hernies épiploïques. Le ganglion de Cloquet, le seul dont l'inflammation soit vraiment capable de tromper le chirurgien, est rarement atteint ; le plus souvent, une recherche attentive permettra de découvrir, dans le voisinage, d'autres ganglions atteints, et une autre ressource sera l'exploration du territoire lymphatique tributaire du ganglion sur lequel, en cas d'adénite, on trouvera la lésion initiale.

Si le ganglion est supprimé, s'il existe, en particulier un bubon inguinal, un examen superficiel seul fera confondre cette affection avec une hernie enflammée, et il suffira d'être en garde contre cette erreur, pour ne pas la commettre.

Dans quelques cas, et nous en avons cité un exemple, on a pensé à un *varicocèle*. Là encore le tableau symptomatique diffère essentiellement. Le varicocèle, très rare à droite où il est presque toujours symptomatique d'une tumeur rénale (Guyon), donne au toucher une sensation spéciale ; il se réduit spontanément par la position horizontale, et se reproduit malgré la présence du doigt dans l'anneau.

Dans un certain nombre de cas de hernies appendiculaires, on a cru à une *funiculite aiguë* (1). Nous trouvons bien, en effet, mêmes phénomènes aigus du début, même inflammation limitée, même forme de la tumeur, même retentissement péritonéal, et en raison de l'intensité des douleurs, la palpation ne donne guère de renseignements.

1. Thiéry. *Bulletin de la Société anatomique*, Walther et Baffray. Thèse Sauvage, obs. II.

Le principal élément de diagnostic sera l'absence des causes étiologiques habituelles.

M. Thiéry (*Bulletin de la Société Anatomique*, 1892, p. 419), a signalé la possibilité de l'engagement et de l'étranglement dans un sac herniaire, des *franges épiploïques du gros intestin*. Voici les faits qu'il cite :

Appelé d'urgence à l'Hôtel-Dieu pour opérer un malade qui offrait quelques signes d'étranglement, il se laissa tromper par la persistance du passage des matières et des gaz, et crut à une adénite inguinale avec funiculite intense. L'intervention fut différée. M. Ricard qui vit le malade le lendemain, pencha vers l'hypothèse hernie, fit la kélotomie et trouva deux appendices épiploïques, appartenant à l'S iliaque, volumineux, étranglés, turgescents, presque sphacelés.

Récemment, dans une cure radicale, M. Thiéry a rencontré trois énormes appendices du même intestin, infiltrés et adhérents, dans un sac petit, où l'intestin n'était jamais descendu, et qui eussent pu parfaitement s'étrangler.

Ces faits sont encore peu connus et leur symptomatologie est à peine esquissée. Aussi ne tenterons-nous pas un diagnostic différentiel. La possibilité de pareils cas est seule intéressante à retenir, et nous nous contenterons de la signaler.

Il existe une variété rare de tumeurs qu'on a appelées *hernies graisseuses*. Elles sont dues à la sortie par un orifice herniaire, par une éraillure de la ligne blanche de pelotons graisseux dépendant du *fascia propria*, et se présentent sous forme de petites tumeurs solides, non

douloureuses, molles, élastiques, irréductibles, mobiles sous la peau, et reliées à l'abdomen par un mince pédicule. Elles présentent de grandes analogies avec les épiplocèles, avec lesquelles on les confond presque toujours. Elles peuvent s'enflammer sous l'influence de causes inconnues : les accidents débutent par une douleur vive, vers la région de l'abdomen occupée par la hernie, s'irradiant ensuite à tout le ventre ; la tumeur augmente de volume, les garde-robes sont suspendues, il survient des nausées, très rarement des vomissements bilieux (on n'a pas signalé de vomissements stercoraux) ; l'état général s'altère, sans que les symptômes atteignent la gravité qu'ils offrent dans la hernie étranglée, et, en pareille occurrence, les chirurgiens les plus habiles, Pelletan, Scarpa, Dupuytren, etc., ont opéré, croyant à l'étranglement d'une épiplocèle.

Après ce que nous avons dit des difficultés que l'on rencontre déjà quand il s'agit de différencier l'épiplocèle et l'appendicocèle, nous sommes obligé de reconnaître notre impuissance à établir, en pareil cas, le diagnostic.

Le *diverticule de Meckel* a été rencontré un certain nombre de fois dans les hernies. Il peut y subir des altérations identiques à celles que nous avons indiquées pour l'appendice iléo-cœcal, et la distinction sera souvent impossible, même au cours d'une intervention.

Autrefois, en face d'une hernie présentant localement les signes de l'étranglement, mais avec persistance du passage des gaz, et parfois des matières, on portait le diagnostic de *pincement latéral de l'intestin*. Des cas ont, en effet, été publiés, et rien que dans la thèse de Fer-

rier (Bordeaux, 1883-1884), nous en trouvons plus de cinquante. Mais bon nombre d'entre eux sont très discutables ; on a confondu, sous ce titre, des affections différentes, en particulier des hernies des diverticules intestinaux, restes de la vie embryonnaire (Littre), et probablement aussi des hernies de l'appendice.

La possibilité du pincement de l'intestin n'en est pas moins démontrée. Les accidents qui en résultent, présentent avec l'appendicite herniaire de telles analogies, que nous ne chercherons même pas à donner les bases d'un diagnostic, à notre avis, impossible.

Le *Kyste du cordon* pourrait être confondu avec l'appendicocèle. Mais il ne présente aucun des caractères d'une hernie, son évolution n'est pas la même, et la transparence, quand il sera possible de la constater, lèvera tous les doutes. A l'extrême rigueur, en cas de doute, une ponction exploratrice aseptique serait permise.

Dans un cas de hernie appendiculaire compliquée, le diagnostic d'abcès par congestion fut porté par Hévin (*Cours de pathologie et de thérapeutique chirurgicale*, p. 407. Paris 1775).

L'abcès, volumineux, descendait jusqu'au dessous de la partie moyenne de la cuisse droite. A l'incision, une énorme quantité de sanie putride, à odeur franchement stercorale, s'écoula ; le chirurgien soupçonna que quelque portion d'intestin s'était trouvée pincée sous l'arcade crurale et, effectivement, à l'ouverture du sujet qui périt très promptement, on reconnut que l'appendice vermiciforme avait glissé sous le ligament de Fallope, auquel il était adhérent, et qu'il était le siège d'une perforation.

Nous n'avons cité ce fait que pour être complet, l'erreur n'ayant jamais été signalée depuis.

Arrivé au terme de cette longue énumération, nous sommes obligé de reconnaître combien sont obscures les données concernant le diagnostic des hernies de l'appendice iléo-cæcal, et combien insuffisants sont les signes différentiels que nous avons donnés.

Notre but était uniquement d'établir l'état actuel de la question, et d'attirer l'attention sur ce sujet, intéressant et encore peu étudié.

TRAITEMENT

Nous n'insisterons pas sur le traitement. Que le diagnostic ait été porté ou non avant l'intervention, tout le monde est d'accord, aujourd'hui, pour reconnaître la nécessité de l'ablation de l'appendice, même s'il n'est le siège d'aucune altération apparente.

Le mode opératoire le plus simple est celui-ci : ligature au catgut, au niveau de l'insertion sur le cœcum, et cautérisation du pédicule avec le thermo-cautère. Il a donné dans bon nombre de cas, des résultats excellents.

Nous préférons, cependant le procédé « à manchette » de Mickulicz, toutes les fois qu'il sera possible : on sectionne d'abord les tuniques séreuse et musculaire, on les dissèque sur une longueur d'un demi-centimètre ; alors seulement la muqueuse est incisée à son tour. Deux plans de suture à la soie, réunissent la muqueuse d'abord et par dessus la manchette séro-musculaire.

En cas d'ulcération siégeant à la base de l'appendice, la perte de substance du cœcum sera fermée par quelques points de suture de Lambert.

Si l'appendice n'est pas perforé, si le sac n'est pas infecté, la cure radicale de la hernie sera pratiquée suivant le procédé habituel.

S'il y a eu suppuration, nous croyons prudent de fixer

le cœcum à la paroi abdominale et suivant l'intensité des phénomènes inflammatoires, de laisser un drain et de faire la suture ou de panser à ciel ouvert, comme on fait en cas d'appendicite aiguë.

CONCLUSIONS

1°) La hernie de l'appendice iléo-cœcal, quoique relativement rare, mérite d'attirer l'attention des chirurgiens en raison des multiples erreurs de diagnostic auxquelles elle peut donner lieu.

2°) Le diagnostic a été porté, un petit nombre de fois, avant l'intervention, mais en des circonstances exceptionnelles.

3°) L'étude des observations publiées nous a fourni des signes de probabilité, mais aucun signe de certitude, et la seule conclusion que nous soyons autorisé à tirer de ce travail, est la suivante :

4°) En présence d'une affection des régions inguinale et crurale, à caractères anormaux, le chirurgien devra toujours songer à la possibilité d'une hernie appendiculaire.

OBSERVATIONS

Nous ne reproduirons pas toutes les observations de hernie appendiculaire que nous avons pu rassembler. Elles ont été publiées dans les thèses qui ont précédé la nôtre, et nous avons cité les principales dans le cours de notre travail. Nous ne donnerons donc, ici, que les plus récentes.

OBSÉRVATION V

Note sur une variété rare de hernie inguinale, par le D^r Le Bail (du Mans), publiée dans les Archives médicales d'Angers (1898).

Le sieur G..., 50 ans, cultivateur, habitant le département de l'Loir-et-Cher, est venu, au commencement de février 1898, me demander un avis, à l'occasion d'une hernie inguinale du côté droit, fort douloureuse. Il m'apprit qu'il était affligé de cette infirmité depuis cinq années environ, qu'il avait porté un bandage durant quatre ans et que, n'en éprouvant plus aucun soulagement, il avait renoncé à l'usage de tout appareil contentif. Il ajoutait que, depuis sept à huit mois, sa situation de santé était devenue de plus en plus pénible, et que, indépendamment d'une douleur permanente dans la région inguinale droite, il avait à subir de fréquentes et très violentes crises de coliques, qui l'obligeaient à marcher le

tronc courbé en avant, pour obtenir quelque atténuation de ses souffrances. L'examen de la région inguinale droite fit reconnaître une tuméfaction de médiocre volume, présentant une direction oblique de haut en bas et de dehors en dedans, dans le sens du cordon testiculaire, et constituée, en bas, au niveau de l'arcade de Fallope, par une masse dure, indolente à la pression, mobile en tous sens, sous les téguments, de la grosseur d'une noix, plus haut, par un cordon résistant, tendu, qui, partant de la tumeur inférieure, était aisément suivi sous le doigt, jusqu'à l'orifice externe du canal inguinal, où il cessait d'être accessible, en raison de l'étroitesse de l'anneau et du trajet inguinal, qui ne paraissaient avoir subi aucune dilatation. Pendant la toux et les efforts, la tuméfaction inguinale augmentait de volume et dessinait sous la peau un relief plus net, mais je ne pus jamais, à la palpation, percevoir la moindre sensation de réduction de la hernie.

L'examen pratiqué le lendemain, le malade étant placé dans le décubitus dorsal, fournit un résultat identique, et je crus pouvoir conclure comme diagnostic, à l'existence d'une épiplocèle irréductible, par adhérence au fond du sac herniaire et d'une corde épiploïque, prolongeant, en haut, la tumeur principale, et pénétrant dans l'abdomen par le canal inguinal peu ou pas élargi.

La kélotomie, pratiquée le jour suivant, montra que le diagnostic était en défaut, relativement au contenu du sac herniaire; l'incision des téguments, mit à découvert un sac à parois épaisses, étroit, allongé, côtoyé sur sa face interne et postérieure par les éléments du cordon testiculaire, et descendant, en bas, jusqu'au voisinage de la tunique vaginale du testicule droit, dont il restait, d'ailleurs, complètement distinct

et isolé ; l'ouverture du sac ne fit découvrir ni anse intestinale, ni épiploon, mais uniquement un cordon dur, de coloration rouge brun, flexueux, irrégulièrement bosselé, terminé à sa partie inférieure par une ampoule kystique, intimement unie aux parois, et surtout au fond du sac herniaire par des adhérences anciennes et très solides, et qui n'était autre que l'appendice iléo-cœcal, chroniquement enflammé et hypertrophié. Il fallut inciser la paroi antérieure du trajet inguinal pour trouver et atteindre le point d'insertion de l'appendice sur le cœcum, qui, n'entrant pas dans le sac herniaire comme élément constituant de la hernie, restait dans l'abdomen au voisinage de l'orifice interne du canal inguinal.

Cette constatation imprévue et tout-à-fait insolite rendait exactement compte de l'erreur de diagnostic relative à la nature de la hernie, et même l'excusait dans une assez large mesure ; l'appendice, par sa partie supérieure et libre, représentait ce cordon résistant que la palpation, à travers les téguments, m'avait fait prendre pour une corde épiploïque, tandis que son extrémité inférieure, renflée en une ampoule kystique étroitement unie au fond du sac herniaire et mobile avec lui en tous sens, sous la peau, figurait en bas, au niveau de l'arcade de Fallope, cette tumeur dure et indolente que j'avais considérée comme une épiplocèle, devenue irréductible par adhérence aux parois du sac herniaire.

L'appendice reconnu malade, enflammé, hypertrophié, et contenant dans sa cavité un liquide muco-purulent, fut réséqué au-dessous d'une ligature, préalablement placée sur son extrémité supérieure, à une faible distance du cœcum ; la surface de section fut touchée au thermo-cautère, et la cavité centrale, cautérisée également, jusqu'au voisinage de la ligature ; le

cœcum attiré dans l'incision, pendant ce temps de l'opération, fut réduit après lavage antiseptique, dans l'abdomen, et la kélo-omie s'acheva suivant le procédé habituel de la cure radicale des hernies inguinales.

Les suites opératoires ne furent marquées par aucune complication ; la réunion de la plaie s'obtint rapidement par première intention, et la convalescence ne fut retardée que par une bronchite catarrhale généralisée, dont le malade souffrait déjà à une époque antérieure à l'opération ; la douleur à la région inguinale droite, et les crises de coliques ne s'étaient pas reproduites, quand la malade quitta le Mans pour regagner son domicile.

La longueur totale de l'appendice, était de 9 à 10 centimètres.

OBSERVATION VI

Bulletin de l'Académie de Médecine (18 oct. 1897).

M. Bœckel : « J'ai observé chez un homme de 63 ans, une tumeur indolore et irréductible du canal inguinal droit que je pris pour une épiplocèle ancienne. Après quelques mois, la tumeur ayant considérablement augmenté de volume et étant devenue douloureuse, je soupçonnai l'existence d'un carcinome en ce point. L'opération pratiquée en permit l'ablation, nécessitant toutefois la castration et la résection d'une anse intestinale. Un examen plus approfondi de la pièce enlevée établit que la partie prise pour le canal déférent n'était autre que l'appendice cœcal hernié. »

OBSERVATION VII

Rom. Semaine Médicale, 1896, p. 24.

Un homme de 48 ans porteur depuis une année d'une petite tumeur située au-dessous du pli de l'aîne *gauche* entre à l'hôpital de Petrosawodsk (Russie). 4 jours auparavant, la tumeur qui jusqu'alors pouvait être réduite sans difficulté était devenue irréductible, et était le siège de douleurs de plus en plus vives. On constate en effet au-dessous du ligament de Poupart gauche une tuméfaction de l'étendue de la paume de la main, avec rougeur intense et œdème des téguments.

Cette tuméfaction est sonore à la percussion sur une partie de son étendue ; le ventre n'est point ballonné et malgré une légère élévation de température, l'état général est resté très satisfaisant, il n'y a ni vomissements ni constipations, et le malade a eu une selle abondante, le matin de son entrée à l'hôpital.

L'opération est faite le lendemain. Par une incision parallèle au ligament de Poupart, on donne issue à une petite quantité de pus d'odeur infecte. Dans le sac herniaire, gangrené et difficile à reconnaître, on aperçoit le bout également gangrené d'une masse cylindrique du volume du petit doigt. Après débridement de l'anneau crural on constate qu'il s'agit de l'appendice vermiforme renfermant une petite concrétion. Résection, suture de Lambert, fixation du moignon dans la profondeur de la plaie, qui est ensuite tamponnée à la gaze iodoformée. Guérison.

OBSERVATION VIII

Comptes rendus du quatrième congrès de la Société belge de Chirurgie, tenu à Gand, du 18 au 20 juin 1898.

M. Dandois (Louvain) raconte l'histoire d'une jeune personne portant une hernie crurale réductible qui, un jour s'étrangla en donnant tous les symptômes classiques de l'étranglement sauf les vomissements fécaloïdes. Le médecin traitant, après administration d'un purgatif, avait obtenu des selles abondantes. L'incision démontra la présence dans le sac herniaire, d'un appendice perforé, coudé et étranglé.

OBSERVATION IX

Semaine médicale, 1898 (H. Gross).

Homme de 41 ans, porteur d'une hernie inguinale depuis vingt-six ans, qui se fit recevoir dans le service de M. Krause à Altona, pour une épididymite blennorrhagique. On put observer à ce moment, outre l'épididymite, une forte tuméfaction du cordon spermatique, jusqu'au niveau du canal inguinal ; il était impossible de constater la présence d'une hernie. Le malade quitta le service au bout de quelques semaines et remit huit jours plus tard son bandage herniaire.

Aussitôt on vit se produire une nouvelle tuméfaction du cordon spermatique, accompagnée de fièvre et de fortes douleurs. Le patient entra pour la seconde fois, à l'hôpital et l'on constata qu'il présentait une tuméfaction de deux doigts d'épaisseur, s'étendant depuis l'anneau inguinal interne jusqu'au

testicule. On pensa qu'il s'agissait d'une *lésion de nature tuberculeuse*, et l'on résolut d'intervenir.

Au cours de l'opération on trouva l'appendice enfermé dans un sac herniaire et porteur de deux perforations au niveau de l'anneau inguinal externe. L'adhérence intime existant entre le sac herniaire enflammé et le cordon, obligea à pratiquer la castration qui fut précédée de l'ablation de l'appendice au niveau de son abouchement dans le cœcum.

Guérison.

Vu par le président de la thèse
TILLAUX

Vu par le Doyen,
BROUARDEL

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris.
GREARD

BIBLIOGRAPHIE

- ALTI. — Thèse de Paris, 1893-1894.
- BARD. — Thèse de Lyon, 1895-1896.
- BARIETY. — Thèse de Paris, 1894-1895.
- BERGER. — Traité de chirurgie. Tome VI.
- BERNARD. — Bull. de la Soc. Anat. de Paris, 1894.
- BRIANÇON. — Thèse de Paris, 1896-1897.
- BRIEGER. — Archiv. für Klin. Chir. 1893.
- CABARET. — Jour. des Conn. Méd. Chir., 1842.
- CHARYAN. — Jour. de la Soc. de Méd. de Nantes, 1837.
- CLADO. — Compt. Rend. de la Soc. de Biologie, 1892.
- CRUVEILHIER. — Catal. du Mus. Dupuytren.
- DAVIES COLLES. — Guy's Hospital Reports, p. 429.
- DURET. — Thèse d'Agrégation, 1883.
- G. DUJARDIN-BEAUMETZ. — Gaz. des Hôpitaux, 1859.
- GUERSANT fils. — Gaz. des Hôpitaux, 1841.
- GUINARD. — Société Anatomique. Janv. 1896.
- CARLO JAVAMELLI. — Ann. Univ. d'Osmondi, 1836.
- LE DENTU. — Art. Hernie Dict. de Méd. et Chir. Pratiq. Cliniques, 1892.
- LOUYER-VILLERMAY. — Arch. gén. de Méd. 1842.
- MALGAIGNE. — Mémoire sur les étranglements.
- MÉRIGOT de TREIGNY. — Thèse de Paris, 1886-1887.
- MERLING. — Thèse d'Heidelberg, 1826.

- POLLOSSON. — Lyon Médical, 1893.
RIVET. — Thèse de Paris, 1893-1894.
— Gazette des Hôpitaux, 1898.
SAUVAGE. — Thèse de Paris, 1893-1894.
SCARPA. — Traité des Hernies.
SCHULTZ. — Thèse de Paris, 1898-1899.
SEGELMAN. — Thèse de Paris, 1897-1898.
TRITSCHLER. — Thèse de Tubingue, 1806.
TILLAX. — Anatomie topographique.
TUFFIER. — Archiv. gén. de Médecine, 1887.
VERDIER. — Traité des hernies, 1840.

